UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948 — N° 128

TROUBLES DIGESTIFS ET DYSTHYROÏDIE

TRAVAIL DE LA CONSULTATION GASTRO-ENTÉROLOGIQUE
(Professeur agrégé J. DUBARRY)
DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU PROFESSEUR DUPÉRIÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 12 Juillet 1948

PAR

Pierre-Yves LAULOM

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Labouheyre (Landes), le 17 Janvier 1923

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président*
CREYX, professeur .....
DUBARRY, agrégé ..... *Juges*
BERGOUIGNAN, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE

1948

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948 — N° 128

TROUBLES DIGESTIFS ET DYSTHYROÏDIE

TRAVAIL DE LA CONSULTATION GASTRO-ENTÉROLOGIQUE
(Professeur agrégé J. DUBARRY)
DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU PROFESSEUR DUPÉRIÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 12 Juillet 1948

PAR

Pierre-Yves LAULOM

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Labouheyre (Landes), le 17 Janvier 1923

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président*
CREYX, professeur .....
DUBARRY, agrégé ..... *Juges*
BERGOUIGNAN, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE

1948

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ — ASSESSEUR : M. CHELLE

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ / CREYX
Clinique chirurgicale et gynécologique	CHARRIER
Clinique chirurgicale	PAPIN
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL : M. GIRARD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE : MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), MESNARD (Pharmacie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Physiologie	N. .
Médecine générale	BROUSTET / SARIC / DUBARRY / J. TRAISSAC / BERGOUIGNAN
Chirurgie générale	MASSÉ / MAGENDIE / POUYANNE / LAUMONIER / CHAVANNAZ

	MM
Obstétrique	MAHON
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Chimie médicale	TAYEAU
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie.	N...
Histologie	MAYER.
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD

MAITRE DE CONFÉRENCES :

Physique pharmaceutique ..... M. BLANQUET.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ
Accouchements	N. .
Puériculture	PÉRY
Zoologie et parasitologie	N...
Urologie	N . .
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	N...

	MM.
Botanique	GIRARD
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	N...
Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER
Electro-radiologie	CAILLON

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PÈRE

Dont la vie de travail restera pour moi le meilleur des enseignements.

A MA MÈRE

Qui m'a toujours entouré de la plus tendre affection.

A MA FIANCÉE

Que ce modeste travail demeure un gage d'union et de bonheur.

A MES PARENTS

A MES AMIS

AU DOCTEUR J. DUCOURNAU

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. J. DUBARRY

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Qui voulut bien nous inspirer le sujet de cette thèse, nous guider de ses conseils, nous communiquer ses observations, et qui sut toujours nous réserver un si compréhensif accueil.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DUPÉRIÉ

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CHEVALIER DE L'ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter de présider cette thèse.
Avec toute notre respectueuse reconnaissance.

TROUBLES DIGESTIFS ET DYSTHYROÏDIE

INTRODUCTION

Ayant observé chez un certain nombre de malades aux fonctions digestives perturbées, la présence jusqu'alors insoupçonnée de dysfonctionnement thyroïdien, et frappé des résultats obtenus grâce à une thérapeutique appropriée, M. le Professeur agrégé J. Dubarry nous a inspiré ce travail. Il a pensé que la question méritait d'être étudiée, tant sur le plan théorique que pratique, et il a bien voulu nous communiquer l'ensemble de ses observations personnelles.

Certes, les perturbations digestives sont banales au cours des dysthyroïdies et bien connues. Nous n'avons nullement la prétention d'apporter des signes nouveaux dans des descriptions depuis longtemps classiques. Notre but est simplement d'attirer l'attention sur l'intérêt qu'il y a, pour le médecin, à dépister le dysthyroïdie fruste derrière la manifestation digestive dominante.

Il s'agira presque toujours, dans les cas présents, de dysendocrinies légères, où les troubles glandulaires se camouflent derrière les manifestations digestives banales. C'est ici qu'il est parfois difficile au médecin d'établir la relation. Souvent même, en ne s'en tenant qu'aux signes cliniques, il lui arrive de faire fausse route; seule, l'épreuve du métabolisme basal peut apporter un élément d'appréciation objectif. Ainsi sont redressés des diagnostics de

névropathie, d'entérite chronique ayant conduit à des thérapeutiques inefficaces et inutiles.

Cette conception est récente. Il serait injuste, cependant, de ne pas évoquer ici le nom de Gallien, montrant le premier que des sécrétions glandulaires viciées pouvaient, à distance, réagir sur d'autres systèmes. Sa notion de tempérament atrabiliaire, de mélancolie due au mauvais écoulement de bile s'éloigne sans doute de notre sujet. Elle témoigne néanmoins du fait que, dès l'antiquité, un rôle de premier plan était dévolu aux glandes, et qu'empiriquement, déjà, on avait connaissance des relations étroites existant entre le fonctionnel et l'organique.

QUELQUES NOTIONS CLASSIQUES RELATIVES AUX TROUBLES DIGESTIFS DES DYSTHYROÏDIES

Rappelons brièvement les manifestations digestives classiquement décrites au cours des dysthyroïdies.

Elles constituent, en effet, pour le médecin, un faisceau de symptômes étayant, par leur multiplicité ou leur intensité, un diagnostic hésitant.

Elles acquièrent souvent une grande valeur dans la détermination du pronostic et de l'évolution de la maladie; ainsi, les anciens auteurs, ignorant la mesure du métabolisme basal dans l'hyperthyroïdie, appréciaient la sévérité à la rapidité du pouls, mais aussi à l'importance, à la durée, à la fréquence des épisodes diarrhéiques.

Enfin, il sera possible, dans un chapitre suivant, d'établir des comparaisons concernant l'intensité, la répétition des troubles digestifs, de voir dans quelle mesure les résultats obtenus sont en accord avec les notions classiques.

Laissons dans l'ombre les symptômes rares. Envisageons simplement, pour la maladie de Basedow, les vomissements, la diarrhée, les troubles hépato-biliaires; pour le myxœdème, le méga-dolichocôlon.

MALADIE DE BASEDOW

A. — Les vomissements

Il est habituel de décrire un état nauséeux fréquent, apparaissant surtout le matin et accompagné de vomissements. Ceux-ci sont susceptibles de présenter diverses

formes : tantôt isolés et peu répétés, tantôt intenses et incoercibles, épuisant le malade et favorisant sa dénutrition.

B. — La diarrhée

Au premier plan des accidents intestinaux, et symptôme digestif majeur, se place la diarrhée. Evoluant par crises brusques qui coïncident avec des poussées d'hyperthyroïdie, elle se manifeste sous forme de selles séreuses en général, rarement sanglantes, présentant dans de nombreux cas des alternatives de constipation. Sous la muqueuse intestinale siègent des lésions banales signant une colite secondaire; parfois de la péricolite se surajoute, décelable sur un film à la fixité de certains segments. Lorsque les évacuations deviennent intenses et l'asthénie importante, on peut, au premier abord, penser à une diarrhée bacillaire.

C. — Les troubles hépato-biliaires

Autant les descriptions classiques sont riches de détails lorsqu'il s'agit de diarrhée, autant elles sont succinctes et vagues pour mentionner les troubles hépato-biliaires, exception faite des cirrhoses bronzées, pour lesquelles on s'accorde à reconnaître le facteur endocrinien comme élément primordial qui conditionne la maladie.

On parle de migraines, de malaises mal définis dans l'hypochondre droit, sans qu'on rapporte une atteinte franche de la vésicule. Or, nous verrons qu'il s'agit d'un retentissement très souvent observé et de grande importance.

LE MYXŒDÈME

Souvent le tissu cellulaire sous-cutané et l'état des phanères constituent les symtômes révélateurs d'un myxœdème latent. Les manifestations digestives ne sont pas à négliger cependant, et le dolichocôlon, avec sa constipation

opiniâtre, peut se déceler par un lavement de baryte. Il semble bien, selon Hillemand, que la participation de la thyroïde dans sa formation se fonde sur des arguments sérieux. On estime à 15 % le nombre des cas de dolichocôlons où l'on est en droit d'incriminer une hypothyroïdie.

On peut se demander, dès lors, si la constipation atonique, symptôme majeur et tant de fois décrit du myxoœdème, n'était pas, dans un certain nombre de cas, la traduction d'un dolichocôlon insoupçonné.

Nous dirons seulement quelques mots à propos de l'expérimentation, simplement pour montrer les divergences d'idées dans ce domaine. Elles proviennent, en fait, de la difficulté que rencontre l'étude de l'action physiologique des hormones : le récepteur, ensemble de cellules qui réagissent au produit de sécrétion, pouvant être une partie d'organe, un organe, une série d'organes, ce qui crée à l'expérimentation des difficultés presque insurmontables.

Retenons un seul fait. Il montrera que l'hormone est autre chose qu'une substance pharmacodynamique. Chiray, Mollard et Maschas, expérimentant sur un côlon de chien, *in situ,* et pratiquant par voie endoveineuse des injections de thyroxine, obtiennent une diminution des contractions et une baisse du tonus; alors que les hormones thyroïdiennes, considérées comme agissant sur le plexus d'Auerbach, sont censées déterminer la diarrhée, par augmentation de l'excitabilité de ce dernier.

LES OBSERVATIONS

Voici une série d'observations inédites que nous devons à M. le Professeur agrégé J. Dubarry. Recueillies pour la plupart en consultation de ville, il a presque toujours été possible d'effectuer, d'une part, des examens radiographiques en série pour éliminer, le cas échéant, des lésions organiques concomitantes; de pratiquer, d'autre part, des métabolismes de base.

On pourra s'étonner qu'il soit toujours question de diagnostic fruste. Il s'agit, en réalité, de malades venus à une consultation de gastro-entérologie, et chez lesquels prédominent des troubles digestifs. A notre avis, ces faits n'en sont que plus intéressants, le dérèglement gastrique ou intestinal passant au deuxième plan dans les goitres exophtalmiques typiques.

Il y a d'ailleurs intérêt à attirer l'attention sur ces formes frustes à masque digestif, car le traitement le plus efficace apparaît à la lumière de nos observations, et ainsi qu'il fallait s'y attendre, la médication corrigeant le trouble thyroïdien.

Nous avons éliminé tous les cas où il ne semblait s'agir que de syndromes parabasedowiens. Or, le diagnostic n'est pas toujours facile. Ainsi que l'écrit M. le Professeur agrégé Dubarry : « Il est difficile qu'on laisse passer l'élément thyroïdien dans une maladie de Basedow, pour ne voir que le trouble végétatif digestif. Mais dans les formes frustes, oligo-symptomatiques, le diagnostic peut être cliniquement impossible, en l'absence de métabolisme basal, entre Basedows frustes et dyspepsies sympathicotoniques des syndro-

mes parabasedowiens. La distinction est cependant capitale, en raison de la sanction thérapeutique qui en découle ».

S'ils ont un métabolisme troublé, nos malades n'ont en général pas d'exophtalmie. Or, on sait qu'elle est le plus « sympathique » des symptômes. « Il est fréquent, dit Justin-Besançon, de rencontrer des exophtalmies de type basedowien chez des malades présentant des perturbations neurovégétatives en dehors de toute hyperthyroïdie. » C'est donc un argument de plus pour considérer qu'un trouble vraiment thyroïdien existe à l'origine de ces dysfonctionnements digestifs, et non pas un simple dérèglement végétatif.

Alors que chez d'autres malades c'est l'association aux médications, de calmants du sympathique : érésine, tartrate d'ergotamine ou même dibromotyrosine, qui donne les meilleurs résultats; chez tous les malades de nos observations, c'est le traitement de la dysthyroïdie — extrait thyroïdien dans les petites insuffisances, préparations iodées ou encore hématoéthyroïdine ou même aminothiazol — qui constitue la thérapeutique essentielle.

Nous n'avons retenu, parmi un nombre plus grand d'observations, que celles où existent des troubles du métabolisme basal, mais où, de plus, le traitement d'épreuve s'est montré l'argument péremptoire, la « pierre de touche » du diagnostic.

Observation I

Troubles intestinaux et biliaires plus hyperthyroïdie

M^me^ Mesn... (Simone), trente-cinq ans.

Vue le 13 décembre 1947. — *Troubles digestifs* survenus après quatrième accouchement. Asthénie au réveil. Bouffées vaso-motrices après les repas. Douleur xyphoïdienne et abdominale. Malaises la nuit. Intolérances alimentaires : choux, sauces. Ni pyrosis, ni éructations, ni palpitations. Selles normales.

Examen. — Dolichocôlon probable. Murphy + + +.

Antécédents. — Règles normales sans hyperfolliculinie. Quatre grossesses.

Troubles neuro-endocriniens. — Frileuse. Pouls : 100. T. A. : 13 - 7. Tremblements, nervosité. M. B. + 30 p. 100.

Traitement. — Déhydrocholate de Na. Pansement gastro-intestinal. Régime des colites de fermentation. Pas d'œufs. Broméserine. Di-iodotyrosine.

Le 27 avril 1948. — Amélioration avec di-iodotyrosine. Moins nerveuse. Murphy + +. Pouls : 80.

On donne Abadol seul (quatre comprimés, vingt jours par mois).

Le 4 juin 1948. — Abadol très bien toléré. Très grande amélioration.

Observation II

Troubles biliaires et adénome de Plummer

M^me^ Mou..., quarante-quatre ans.

Vue le 18 février 1948. — *Troubles digestifs :* crises de diarrhée avec vomissements bilieux. Douleurs à tout l'abdomen, depuis trois ans.

Réveil des biliaires. Intolérances alimentaires : choux, œufs, sauces, porc. Eructations. Palpitations. Pas de pyrosis. Nuits mauvaises.

Antécédents. — Règles avec hyperfolliculinie. Jadis, traitement de Lambliase mal toléré. Pas de grossesse.

Examen. — Abdomen de dolichocôlon. Murphy + + +. Côlon iliaque douloureux.

Troubles neuro-endocriniens. — Nodule thyroïdien droit. Pouls : 96. Pas de tremblements, pas d'exophtalmie. M. B. + 21 p. 100.

Traitement. — Di-iodotyrosine. Bellergal. Hématoéthyroïdine. Régime.

Revue le 27 mai 1948. — Amélioration avec di-iodotyrosine. Hématoéthyroïdine mal supportée. Moins de gaz. Gain de 2 kg. 500. Très bon appétit. Pouls : 96. Murphy +.

Observation III

Troubles intestinaux plus hyperthyroïdie.

M^lle Oha..., dix-sept ans.

Vue le 13 novembre 1947. — Troubles digestifs. Douleurs abdominales depuis deux ans. Irradiations dans la hanche et la jambe droite. Appendicectomie sans résultat en 1946. Depuis peu, diarrhée et douleurs diffuses.

Pas de vomissements. Ballonnement. Eructations. Céphalée. Intolérances alimentaires : œufs, sauces, choux, petits pois.

Examen. — Murphy +. Selles : pas de parasites; colite de fermentation. Radio : pas d'anomalies.

Troubles neuro-endocriniens. — Pouls : 124. Amaigrissement. Tremblements. M. B. + 16 p. 100.

Traitement. — Dibromotyrosine. Di-iodotyrosine. Déhydrocholate de Na. Topique intestinal. Régime des colites de fermentation.

Revue le 25 avril 1948. — Médicaments tous bien tolérés. Très sensible amélioration.

Observation IV

Troubles biliaires et dysthyroïdie avec instabilité fonctionnelle.

M^me Col... (Hélène), quarante-neuf ans.

Vue le 6 mai 1947. — Troubles digestifs. Amaigrissement brusque il y a trois ans, avec diarrhée. Douleurs fréquentes dans l'hypochondre droit diagnostiquées coliques hépatiques. Intolérances alimentaires : choux, œufs, sauces. Eructations. Gaz par l'anus.

Migraines très fréquentes. Ménopausée depuis quatre mois.

Examen. — Foie : 17 centimètres. Sensible surtout lobe gauche. Murphy peu net. Radio : grosse vésicule colorée; pas de calculs visibles.

Troubles neuro-endocriniens. — Nerveuse. Pouls : 112. Grosse thyroïde. M. B. — 2,7 p. 100.

Traitement. — Cholal. Déhydrocholate de Na. Di-iodotyro-

sine (quatre jours). Dibromotyrosine (trois jours). Régime.

Revue le 4 novembre 1947. — Traitement bien supporté. Amélioration. Les crises ont cessé. Foie : 11 centimètres. A repris 13 kilogrammes. Même traitement.

Revue le 21 mai 1948. — Traitement toujours supporté. Selles normales. Moins de gaz. Pouls : 88. T. A. : 16 - 8. M. B. + 6 p. 100.

Observation V

Troubles intestinaux plus hyperthyroïdie.

Mme Bon..., quarante-cinq ans.

Vue le 5 avril 1942. — *Troubles digestifs.* Constipation depuis toujours. Il y a six mois, diarrhée qui persiste, prandiale, jaune, glaireuse. Parfois, dix selles par jour. Ballonnement. Gaz par l'anus.

Asthénie au réveil. Pas de nausées. Migraines. Intolérances alimentaires : haricots, choux.

Examen. — Point iliaque droit + + +. Lavement : pas de dolichocôlon.

Antécédents. — Règles normales. Trois grossesses. Appendicectomie.

Troubles neuro-endocriniens. — Pouls : 100. Amaigrissement. Légère exophtalmie. Tremblements. Nerveuse.

Traitement. — Vésiculaire : cholérétiques, huile de Haarlem. Intestinal : charbon, pansement. Endocrinien : Di-iodotyrosine.

Revue le 10 décembre 1945. — Amélioration très nette. Plus de douleurs. Murphy + + +. Apparition d'un goitre depuis ménopause. Entre temps, on donne : Di-iodotyrosine, plus Hématoéthyroïdine.

Le 8 juin 1948. — Hématoéthyroïdine réussit très bien. Di-iodotyrosine finit par l'énerver. A engraissé de 6 kilogrammes. Selles normales.

Observation VI

Diarrhée chez hyperthyroïdienne.

Mme Meund..., vingt-sept ans.

Vue le 20 janvier 1948. — *Troubles digestifs.* Diarrhée chro-

nique depuis 1940. Selles liquides, glaireuses; pas de sang. Douleurs dans la fosse iliaque droite. Pas de nausées, pas de vomissements. Appendicectomie sans résultat. Actuellement, dix-douze selles par jour, asthénie au réveil, douleurs dans les deux fosses iliaques.

Examen. — Murphy léger. Anite hémorroïdienne. Lavement baryté normal. Poids : 41 kilogrammes.

Troubles neuro-endocriniens. — Pouls : 108 (couchée). Pas de grosse thyroïde. Très irritable. M. B. + 25 p. 100 avant tout traitement.

Traitement. — Premier mois : Di-iodotyrosine, Bellergal. Deuxième mois : Hématoéthyroïdine, Bromésérine.

Revue le 21 avril 1948. — Di-iodotyrosine arrête la diarrhée. Hématoéthyroïdine : échec. Poids : 47 kilogrammes. Pouls : 112. T. A. : 14 - 7. M. B. + 3 p. 100. Di-iodotyrosine seule prescrite.

Observation VII

Troubles biliaires et Basedow.

M^me^ Mail..., trente-neuf ans.

Vue le 16 avril 1937. — *Troubles digestifs.* Depuis quinze ans, douleurs dans l'hypochondre droit : irrégulières au début, par périodes de huit jours; ensuite, accalmies de plusieurs mois; recrudescence avant les règles. Matin : état nauséeux, pyrosis, asthénie. Intolérances alimentaires des biliaires. Pas de vomissements. Constipation spasmodique. Jamais de diarrhée. Appétit capricieux.

Examen. — Empâtement sous-hépatique douloureux. Points solaires.

Antécédent. — Appendicectomie sans résultat.

Traitement. — Echec d'un traitement biliaire isolé.

Revue le 13 mai 1937. — Revient consulter du fait de l'échec du traitement biliaire. A failli se tuer dans un accident d'auto en se rendant à la consultation. Encore sous l'effet de l'émotion, elle présente une exophtalmie subite : gonflement de la thyroïde, tachycardie : 156. Gros tremblement.

Le traitement Lugol, Di-iodotyrosine améliore les troubles digestifs, mais la maladie de Basedow évolue de plus en plus

intensément. Elle est opérée. Depuis, disparition des troubles digestifs.

Observation VIII

Troubles biliaires plus hyperthyroïdie.

M^me^ Cast..., quarante-cinq ans.

Vue le 24 novembre 1937. — *Troubles digestifs* survenant depuis trois ans, par périodes de quatre à quinze jours. Les périodes douloureuses sont à début progressif. Réveil pénible, nausées; pas de mauvaise haleine. Sensation de vide gastrique après les repas. Eructations. Irradiations des douleurs dans le dos. Récemment, lipothymies et vomissements. Les périodes intercalaires sont tantôt calmes, tantôt douloureuses.

Examen abdominal négatif. Radio : ptose atonie gastrique, sans niche.

Antécédents. — Cinq grossesses, dont un fœtus mort et macéré.

Troubles neuro-endocriniens. — Amaigrissement. Tachycardie. Grosse thyroïde.

Traitement. — Traitement vésiculaire. Traitement de ptose atonie gastrique. Régime des biliaires. Repos.

Revue le 27 janvier 1938. — Plus de vomissements, mais malaises post-prandiaux. Amaigrissement continuel. Insomnies. Point épigastrique + +. Pouls : 112. On donne Di-iodotyrosine et Dibromotyrosine

Revue le 11 mars 1938. — Disparition des malaises avec Di-iodotyrosine. Nuits bonnes. Reprise de poids.

Observation IX

Cholécystite ou paludisme de première invasion et hyperthyroïdie.

Lap... (Emile), sergent, vingt-cinq ans.

Vu le 3 octobre 1939. Débarqué en Syrie, venant d'Algérie. — *Troubles digestifs.* Poussées fébriles avec vomissements vers 10 heures, le matin. Après-midis calmes. Nuits agitées, avec douleurs violentes dans l'hypochondre droit. Diarrhée avec glaires; pas de sang, pas d'hématozoaires. Murphy + +.

Troubles neuro-endocriniens. — Apparition, les jours suivants, d'une exophtalmie bilatérale. Tremblement intense. Pas de goitre. Pouls : 130-150. Très émotif.

Traitement. — D'abord, Uroformine intraveineuse et en lavements. Quinine (mal supportée). Sans résultat. Puis Lugol.

Avec Lugol, guérison complète.

Observation X

Ulcus de la petite courbure et Basedow.

Mme Terra... (Françoise), vingt-neuf ans.

Vue le 23 novembre 1947. — Troubles digestifs. Crises de trois mois tous les ans, depuis 1945 : crampes quotidiennes, à 10 heures et 17 heures. Calmées par sucre. Pas de vomissements. Pas de constipation. Nuits bonnes.

Examen négatif. Radio : niche de la petite courbure. Aucun antécédent.

Troubles neuro-endocriniens. — Pouls : 116. Tremblements. Grosse thyroïde (lobe droit). M. B. + 39 p. 100.

Traitement. — Paratyrone. Bismuth. Dibromotyrosine. Régime des ulcéreux. Repos.

Revue le 20 décembre 1947. — Très légère amélioration. Pouls : 102. On donne de la Di-iodotyrosine.

Le 14 février 1948. — Pas de douleurs gastriques. Moins nerveuse. Reprise de poids : 3 kg. M. B. + 32 p. 100.

Observation XI

Troubles biliaires plus hyperthyroïdie.

Mme Ali... (Jeanne), vingt-huit ans.

Vue le 4 mars 1948. — Troubles digestifs. Douleurs épigastriques depuis cinq ans, par périodes de quatre à cinq jours. Réveil mauvais. Céphalée, asthénie, inappétence. Intolérances alimentaires des biliaires. Lait mal supporté.

Examen. — Ballonnement. Eructations, gaz par l'anus après les repas. Pas de vomissements. Poids : 46 kg. 500.

Antécédents. — Règles normales, pas d'hyperfolliculinie. Deux grossesses.

Troubles neuro-endocriniens. — Nodule thyroïdien paramédian gauche. Pas de tremblements, pas d'exophtalmie. Pouls : 84. M. B. + 19, 4 p. 100.

Traitement. — Di-iodotyrosine. Bellergal. Déhydrocholate de Na. Romarène. Régime des biliaires.

Revue le 1er juin 1948. — Très nette amélioration avec di-iodotyrosine. Gros appétit : cinq repas par jour. Nuits bonnes. Constipée. Poids : 47 kg. 500. Pouls : 80.

Observation XII

Troubles intestinaux plus hyperthyroïdie.

Mme Lab... (Madeleine), trente-cinq ans.

Vue le 20 mai 1948. — Troubles digestifs. Diarrhée chronique depuis dix-huit mois. Selles pâteuses (trois à huit). Appétit conservé. Intolérances : choux, haricots, sauces, pot-au-feu. Eructations. Pas de pyrosis.

Antécédents. — 1938 : éclatement du foie; 1939 : état dysentérique.

Examen. — Foie normal. Abdomen de dolichocôlon. Murphy négatif. Selles : pas de parasites. Règles normales : légère hyperfolliculinie.

Troubles neuro-endocriniens. — Amaigrissement : 11 kg. Pouls : 120. T. A. : 13 - 8. Grosse thyroïde. Pas de tremblements. M. B. + 27 p. 100.

Taitement. — La di-iodotyrosine, très mal supportée, est abandonnée au bout de trois jours. A la place : Abadol (quatre comprimés par jour pendant vingt jours). De plus : Déhydrocholate de Na, pansements intestinaux, progestérone. Régime des colites de fermentation.

Très nette amélioration.

Observation XIII

Troubles intestinaux plus hyperthyroïdie.

Mme Hay... vingt-neuf ans.

Vue le 7 janvier 1948. — Troubles digestifs. Tendance à diarrhée depuis enfance. Apparition de constipation au cours

de grossesse. Depuis, persiste toujours. Crises douloureuses quotidiennes épigastriques, irradiation dans les flancs. Coliques de gaz. Pas de nausées, pas de vomissements. Intolérances alimentaires : choux, sauces. Bon appétit.

Examen. — Murphy +. Fissure à l'anus.

Antécédents. — Deux grossesses normales. Hystérectomie en 1947 pour métro-annexite.

Troubles neuro-endocriniens. — Amaigrissement progressif. Enervement. Pouls : 104. Goitre diffus. M. B. + 35,6 p. 100.

Traitement. — Di-iodotyrosine. Hématoéthyroïdine. Déhydrocholate de Na. Mucilages. Régime des colites de fermentation.

Revue le 20 mars 1948. — Di-iodotyrosine très bien tolérée. Hématoéthyroïdine moins. Très nette amélioration. Une seule crise depuis dernière consultation.

Observation XIV

Troubles intestinaux plus hyperthyroïdie.

M^me^ Dub... (Germaine), quarante-quatre ans.

Vue le 4 décembre 1947. — Troubles digestifs. Douleurs épigastriques continuelles depuis dix ans. Paroxysmes, l'été, de deux ou trois semaines. Asthénie au réveil. Diarrhée. Eructations. Ballonnement. Gaz par l'anus. Coliques.

Antécédents. — Gastro-entérostomie et cholécystostomie en 1946, pour périduodénite et péricholécystite. Pas de résultat. Deux grossesses.

Examen. — Abdomen météorisé. Pas de Murphy. Selles : pas de parasites.

Troubles neuro-endocriniens. — Pouls : 80. Amaigrissement léger. Pas d'exophtalmie. M. B. + 17 p. 100.

Traitement. — Paratyrone. Mucilages. Antiseptiques intestinaux. Lugol (quinze jours par mois). Régime des colites de fermentation.

Revue le 21 mars 1948. — Solution de Lugol très bien supportée. Amélioration. Beaucoup moins de coliques. Encore un peu ballonnée.

Observation XV

Troubles intestinaux plus hyperthyroïdie.

M^me^ Land..., vingt-six ans.

Vue le 30 mai 1947. — Troubles digestifs. Crises douloureuses, de trois à quatre jours, après intolérances alimentaires, tantôt sus-ombilicales, tantôt diffuses dans tout l'abdomen.

Diarrhée : trois selles. Jamais de constipation. Beaucoup d'oxyures. Asthénie. Vomissements ne soulageant pas.

Examen. — Point épigastrique + +. Murphy +, surtout point fosse iliaque droit + + +. Radios normales. Selles : nombreux kystes de Lamblias.

Troubles neuro-endocriniens. — Grosse thyroïde. Légers tremblements. Pouls : 88. M. B. + 9,7 p. 100.

Traitement. — Quinacrine. Vert malachite. Lavement d'ail. Cholérétiques. Di-iodotyrosine. Régime des colites de fermentation.

Revue le 21 janvier 1948. — Très nette amélioration grâce au traitement. A repris 2 kilogrammes. Crises ont pratiquement disparu. Pouls : 76.

Observation XVI

Troubles biliaires et dysthyroïdie avec instabilité fonctionnelle.

M^lle^ Sir..., trente-huit ans.

Vue le 14 janvier 1948. — Troubles digestifs. Douleur épigastrique depuis avant la puberté. Au début, barre épigastrique après ingestion de haricots, choux, sauces, œufs, pot-au-feu. Actuellement, douleurs dans la fosse iliaque droite : irradiations dorsales et dans le membre inférieur droit, continuelles depuis quatre mois. Amaigrissement : 6 kilogrammes. Appétit conservé. Nausées. Quelques vomissements. Autrefois, pyrosis. Urticaire fréquent. Règles normales, sans hyperfolliculinie.

Antécédents. — Appendicectomie à vingt et un ans, sans résultat.

Examen. — Teint cholémique. Cellulite. Murphy. Anite hémorroïdaire.

Troubles neuro-endocriniens. — Tremblements. Pouls : 84. T. A. : 13 - 7. M. B. — 26 p. 100.

Traitement. — Déhydrocholate de Na. Hyposufite. Jabosulfène. Cholal. Extrait thyroïdien : 0,05 × 2. Régime des biliaires.

Revue le 23 avril 1948. — Traitement très bien supporté, sauf au début. Ne prend que 0,05, puis revient à 0,10 le mois suivant. Règles très abondantes. Douleur épigastrique disparue. Plus d'urticaire. Pas de migraine. Pas de nausées. Toujours tremblement. Pouls : 92. T. A. : 13 - 7. M. B. — 1,5 p. 100.

Observation XVII

Troubles intestinaux et nerveux avec myxœdème.

Mme Laff... (Victoria), cinquante-huit ans.

Vue le 24 février 1948 (hospitalisée salle 7). — *Troubles digestifs.* Troubles dyspeptiques depuis l'enfance. Au réveil, bouche amère. Digestions difficiles. Vomissements. Intolérances des biliaires. Asthénie. Douleurs dans l'hypochondre droit. Parfois, débâcles de selles boueuses avec fièvre. Apparition de syncopes et d'absences répétées.

Antécédents. — Cinq enfants, quatre fausses couches. Troubles crase sanguine.

Examen. — Côlon spasmé, douloureux. Pas de Murphy. Foie petit. Taches rubis sur l'abdomen. Radio normale. M. B. — 35 p. 100.

Traitement. — Extrait thyroïdien : première semaine, 0,05; deuxième, rien; troisième, 0,10.

Revue le 4 mai 1948. — Appétit retrouvé. Encore asthéniée. Température normale.

Revue le 26 mai 1948. — Mieux actuellement. Pouls : 92. M. B. — 17 p. 100.

Observation XVIII

Troubles dyspeptiques et dysthyroïdie avec instabilité fonctionnelle.

Mlle Carra...

Vue le 14 novembre 1947. — *Troubles digestifs.* Douleurs

épigastriques depuis vingt ans, au début dans le flanc gauche, sans périodicité. Recrudescence avec les règles. Ballonnement. Gargouillements. Eructations. Inappétence, surtout l'été.

Antécédents. — Gastrectomie en 1944, après échec du traitement médical. Pas de résultat. Depuis un an, douleurs dans le flanc droit, permanente. Pas de vomissements.

Examen. — Mauvaise paroi. Murphy + +. Radio : rien.

Troubles neuro-endocriniens. — Petit goitre diffus droit. Frileuse. Pouls : 100. M. B. — 17 p. 100.

Traitement. — Acéto-stérandryl. Déhydrocholate de Na. Paraffine et Agar-Agar. Bellergal (quinze jours). Lugol (quinze jours) ; si mal supporté, extrait thyroïdien. Chaleur sur l'abdomen.

Revue le 18 mars 1948. — Etat général meilleur. Appétit. Plus de troubles intestinaux. Amélioration très nette avec le Lugol.

Observation XIX

Troubles intestinaux plus hyperthyroïdie.

M^lle^ Can... (Suzanne), quarante et un ans.

Vue le 22 août 1946. — Troubles digestifs. Séjour au Maroc en 1932-1933, sans dysenterie ni paludisme. Douleurs épigastriques : crises de huit jours tous les mois. Eructations. Gaz par l'anus. Constipation. 1945 : syndrome recto-sigmoïdien, trois jours (kystes de Lamblias).

Antécédents. — Appendicectomie et ovariectomie à vingt-trois ans.

Examen. — Murphy +. Rectoscopie : muqueuse rouge.

Troubles neuro-endocriniens. — Pouls : 100. T. A. : 13 - 7. Thyroïde douloureuse. Exophtalmie légère droite.

M. B. + 10 p. 100 après plusieurs mois d'Abadol.

Traitement. — Quinacrine. Pâte de Ravaut. Abadol (vingt jours). Régime des colites de fermentation.

Revue le 16 février 1948. — Amélioration très nette. Abadol bien supporté. Plus de Lamblias. On alterne Abadol et Di-iodotyrosine.

Le 8 juin 1948. — Abadol très bien toléré. Di-iodotyrosine mal. Effet très sensible de l'Abadol.

Observation XX

Troubles intestinaux plus hyperthyroïdie.

M^me^ Vid... (Georgette), cinquante ans.

Vue le 28 novembre 1946. — *Troubles digestifs.* Opérée, en 1946, d'hystérectomie pour fibrome et salpingite. En plus, appendicectomie. Constipée depuis toujours, davantage depuis. Intolérances alimentaires : choux, sauces, haricots. Gaz par l'anus. Douleurs dans le flanc droit. Nuits mauvaises.

Examen. — Cæcum gros et douloureux. Lavement baryté. Evacuation imparfaite.

Troubles neuro-endocriniens. — Nodule thyroïdien gauche. Enervement. Pouls : 96. M. B. + 32 p. 100.

Traitement. — Régime des colites de fermentation. Bellergal. Antiseptiques intestinaux. Cholérétiques. Sédatifs nerveux.

Le 20 mars 1947. — Amélioration. Moins constipée, moins de gaz. Flanc moins douloureux.

Le 15 janvier 1948. — Di-iodotyrosine calme très bien.

Le 29 mars 1948. — Amélioration de plus en plus sensible.

Observation XXI

Troubles biliaires plus hyperthyroïdie.

M^me^ Bacq..., quarante-trois ans.

Vue le 16 mars 1948. — Crises douloureuses d'une semaine. Douleur dans le flanc droit. Alternative diarrhée et constipation. Bon appétit. Intolérances alimentaires : œufs, choux, sauces. Amaigrissement : 8 kilogrammes en neuf mois.

Règles normales, sans hyperfolliculinie. A toujours été une dyspeptique.

Examen. — Tout le flanc droit est douloureux.

Troubles neuro-endocriniens. — Grosse thyroïde. Eclat du regard. Tremblement léger. Pilosité pubienne exagérée. M. B. + 48 p. 100.

Traitement. — Di-iodotyrosine. Déhydrocholate de Na. Régime des biliaires.

Amélioration très nette.

Observation XXII

Mégacôlon plus hyperthyroïdie.

Mme Carr..., vingt et un ans.

Vue le 16 décembre 1941. — *Troubles digestifs.* Début des douleurs : juin 1941. Etouffement à l'effort. Boule au niveau du cou. Puis dysphagie légère, brûlures épigastriques post-prandiales. Ballonnement. Pyrosis. Nuits bonnes. Palpitations : un jour, lipothymie. Constipation, douleurs rhumatoïdes. Céphalée.

Examen. — Aucune douleur provoquée. Radio : dolichomégacôlon (trois litres de baryte remplissent imparfaitement le cadre colique).

Troubles neuro-endocriniens. — Amaigrissement : 5 kilogrammes. Tremblement. Pouls : 120. Grosse thyroïde. M. B. + 19 p. 100.

Traitement. — Repos. Solution de Bourget. Dibromotyrosine. Di-iodotyrosine. Si pas d'amélioration : Lugol.

Le 15 juin 1942. — Très légère amélioration avec di-iodotyrosine. Beaucoup mieux avec Lugol (jusqu'à XXX gouttes). Grossesse de sept mois. M. B. + 14 p. 100.

Observation XXIII

Troubles intestinaux plus hyperthyroïdie.

Mme Jon..., trente-huit ans.

Vue le 19 janvier 1939. — Amaigrissement depuis quelques mois. Constipation opiniâtre : six jours sans selle; après, débâcle. Pas de grossesse. Règles irrégulières.

Examen. — Murphy + en décubitus latéral. Radio : poche à air énorme.

Lavement : après huit heures, baryte dans le cæcum.

Troubles neuro-endocriniens. — Pouls : 108. Eclat du regard. M. B. + 99 p. 100.

Traitement. — Cholérétiques. Bellergal. Dibromotyrosine.

Amélioration. Reprise légère de poids.

Observation XXIV

Troubles intestinaux plus hyperthyroïdie.

M^me^ Des..., trente-quatre ans.

Vue le 15 août 1937. — Troubles digestifs. Depuis deux ans, troubles gastriques journaliers. Eructations. Sécheresse de la bouche. Pas de vomissements. Ballonnement. Constipation. Gaz par l'anus. Hémorroïdes.

Antécédents. — Une grossesse. Laparotomie en 1927 pour péritonite tuberculeuse.

Examen. — Pas de points douloureux. Radio : estomac et bulbe normaux.

Troubles neuro-endocriniens. — Pouls : 116. T. A. : 13 - 8. Nerveuse. Tremblements.

Traitement. — Di-iodotyrosine. Bellergal. Solution de Bourget. Psyllium.

Le 29 novembre 1937. — Reprise de poids. Amélioration. Moins de gaz. Pouls : 80.

Observation XXV

Troubles biliaires plus hyperthyroïdie.

M^me^ Meyn..., quarante-cinq ans.

Vue le 22 octobre 1947. — Troubles digestifs. Douleurs dans l'hypochondre droit depuis vingt-cinq ans. Coliques hépatiques de plus en plus fréquentes. Diarrhée (sept selles), parfois constipation (seyballes). Subictère fréquent, urines acajou. Asthénie au réveil. Dyspepsie hyposthénique. Céphalées. Vertiges. Nausées. Règles normales mais douloureuses.

Antécédents. — Une grossesse, une fausse couche. Fièvre typhoïde. Appendicectomie sans résultat.

Examen. — Murphy + +. Cellulite. Poids : 62 kilogrammes.

Troubles neuro-endocriniens. — Goitre nodulaire droit. Instabilité du pouls. M. B. + 26 p. 100.

Traitement. — Régime des biliaires. Huile de Haarlem. Paraf-

fine. Premier mois : hématoéthyroïdine + dibromotyrosine. Deuxième mois : di-iodotyrosine + bellergal.

Revue le 20 mars 1948. — Hématoéthyroïdine bien supportée. Dibromo mieux que di-iodotyrosine. Plus du tout de nausées ni de coliques hépatiques. Peu de vertiges, beaucoup moins de céphalées. Poids : 62 kg. 500. Pouls : 80. Murphy + +.

REMARQUES
A PROPOS DE CES OBSERVATIONS

Ces observations appellent des remarques relatives aux troubles digestifs, à la forme de dysthyroïdie, à l'importance de certains facteurs étiologiques.

Tout d'abord, chaque fois que cela a été possible, le diagnostic clinique s'est appuyé sur le chiffre du métabolisme basal. Il est bon de se demander si ce dernier présente une valeur absolue, ou s'il faut en tempérer la signification.

D'après M. le Professeur agrégé Saric, dans la thèse de De Grocq, il peut subir, à l'état normal, des variations importantes, au point que des valeurs différentes du chiffre habituel de + ou — 15 p. 100 ne doivent pas être tenues pour pathologiques. Si, d'autre part, les clochers les plus élevés s'observent dans la maladie de Basedow, d'autres affections, qu'elles soient endocriniennes (acromégalie, 40 p. 100 des cas) ou sanguines (leucémie lymphoïde et myéloïde, 60 à 87 p. 100) peuvent accroître ou diminuer le métabolisme.

De plus, il n'y a pas toujours parallélisme entre le chiffre obtenu et la sévérité du pronostic. Une maladie de Basedow peut céder rapidement, qui a un métabolisme important; une autre, subnormale, se montrer rebelle à toute thérapeutique.

Enfin, il est des cas où des variations inattendues se produisent au cours d'un même syndrome.

Il est certain que pour des métabolismes de base faits en

série, de manière systématique, des variations de + ou — 15 p. 100 ont peu d'importance et ne peuvent être retenues. Mais il est tout à fait différent, à notre avis, d'obtenir une telle majoration ou diminution chez un sujet pour lequel on fait appel au biologiste. Il semble que, dans ces cas précis, on soit en droit d'accorder une grande valeur à cette recherche.

De fait, dans la majorité des cas, il y a correspondance entre la clinique et le résultat objectif. Il nous a été possible de pratiquer un métabolisme chez vingt Basedowiennes. Dix-huit fois, le chiffre a été majoré de plus de 10 p. 100, seize fois de plus de 20 p. 100. En réalité, à serrer le problème de près, une modification de valeur témoigne plus d'une instabilité hormonale (Léopold Lœwi), d'un dérèglement, en un mot d'une dysthyroïdie, que d'une déviation certaine dans un sens ou dans l'autre.

Ainsi peuvent s'expliquer certaines observations pour lesquelles il paraît difficile d'admettre une autre interprétation. Tantôt existent des signes de dysthyroïdie évidente, avec un métabolisme normal ou inversé : cas de M^lle^ Carra..., observation XVIII, présentant des signes de cholécystopathie associés à une maladie de Basedow nette et dont le M. B. est — 17 p. 100. Tantôt existent des signes cliniques discrets, pour un chiffre considérablement troublé : cas de M^lle^ Sir..., observation XVI, dont le M. B. était de — 26 p. 100 avant tout traitement et fut ramené très vite à — 1,5 p. 100 après opothérapie thyroïdienne.

Remarques sur les troubles digestifs observés

Nous avons pu classer en quatre rubriques les troubles digestifs observés :

a) Dysthyroïdie et ulcus;
b) Dysthyroïdie et troubles biliaires;
c) Dysthyroïdie et troubles intestinaux;
d) Dysthyroïdie et dyspepsie.

a) On peut d'emblée éliminer la relation de cause à effet entre la maladie de Basedow et l'ulcus dans l'observation X. Il y a sans doute coexistence d'un ulcère de la petite courbure et d'une dysthyroïdie importante (M. B. + 39 p. 100).

b) Les troubles biliaires sont les plus nombreux. On les trouve chez 50 p. 100 des malades et cette fréquence ne peut s'expliquer par une simple coexistence. Il s'agit presque toujours de cholécystopathies, et non de véritables cholécystites. Nous n'avons jamais pu faire la preuve d'une lithiase, pas davantage celle d'une infection, ces manifestations restant toujours apyrétiques; de plus, les cholécystites lithiasiques non infectieuses sont d'origine intestinale. Or, nous n'avons jamais rencontré un tableau de maladie bipolaire, de syndrome entéro-vésiculaire, de typhlocholécystite.

Au point de vue physique, le flanc droit et le Murphy sont sensibles à la pression. Au point de vue fonctionnel, alternatives de diarrhée et de constipation, intolérances alimentaires des biliaires, attribuées à des indigestions, migraines et cellulite. Au point de vue général, asthénie et fatigabilité.

c) Les troubles intestinaux se manifestent par des alternatives de diarrhée et de constipation, rarement par des syndromes sigmoïdiens; le tout accompagné de douleur plus diffuse : fosse iliaque droite, fosse iliaque gauche, cæcum sont sensibles. L'état général n'est guère meilleur. L'emploi de mucilages devient, pour certaines malades, nécessité absolue.

d) Les troubles dyspeptiques sont assez mal définis, la plupart du temps de type hyposthénique. On retrouve chez ces malades anorexie, pyrosis, besoin impérieux de décubitus sitôt la fin du repas, le tout contrastant avec la classique boulimie des Basedowiens.

Remarques sur les formes de dysthyroïdie

On note dans la série d'observations deux cas de myxœdème :

Mme Laff..., observation XVII, M. B. — 35 p. 100;

Mlle Sir..., observation XVI, M. B. — 26 p. 100 ramené en trois mois de traitement à — 1,5 p. 100.

Toutes les autres observations concernent des hyperthyroïdies. Fait intéressant, dans le cas II, il s'agit, selon toute vraisemblance, d'un adénome de Plummer : le goitre est nodulaire, non diffus et, comme dans la règle, on ne trouve ni tremblement, ni troubles vago-sympathiques accentués. Par contre, un état général d'emblée touché et un M. B. de + 21 p. 100.

Deux remarques enfin concernant la thérapeutique de ces dysthyroïdies.

L'iode, assez difficilement supportée par un estomac normal, est parfaitement tolérée des hyperthyroïdiens, même aux doses élevées.

Il nous a semblé, d'autre part, que la dibromotyrosine avait une action nette dans les états de para-Basedow, mais se montrait beaucoup moins efficace que la di-iodotyrosine dans les maladies de Basedow véritables.

Influence de certains facteurs

Nous ne nous arrêterons que très peu aux facteurs d'âge et de sexe. Comme dans la règle, il s'agit presque exclusivement de femmes.

Beaucoup plus intéressantes à envisager sont les conditions d'apparition du syndrome, et deux observations méritent d'être retenues.

La première est celle de Mme Mail... (observation VII), accusant depuis plusieurs années des troubles digestifs rebelles à toute thérapeutique et déterminant un amaigris-

sement progressif. Brusquement, en quelques heures, à la suite d'un accident d'automobile, se manifeste un syndrome de Basedow complet. Un traitement iodé réduit tous les troubles digestifs en quelques jours.

La deuxième est celle du jeune Sergent Lap... (observation IX), dont la flambée basedowienne s'est développée au cours d'un paludisme de première invasion ou d'une cholécystite chez un sujet apparemment sain.

Ici comme là, rôle déclenchant d'une cause brutale, d'origine externe ou interne, révélant d'un seul coup un état jusqu'alors latent.

Sans méconnaître l'intérêt qui peut découler d'autres considérations, nous pensons qu'il convient maintenant d'étudier le mécanisme d'action de la glande sur l'appareil digestif, tout au moins d'envisager, à ce sujet, les principales hypothèses.

NOTIONS DE PATHOGÉNIE

Quel est le mécanisme d'action de la thyroïde sur l'appareil digestif ? S'agit-il d'un rôle indirect par l'intermédiaire d'autres glandes endocrines de l'économie ou du système neurovégétatif ? S'agit-il, au contraire, d'une action directe ?

A. — Rôle de l'hypophyse

L'hypophyse est considérée comme la glande maîtresse de l'économie, l'organe de commande qui assure la régulation de l'activité des autres endocrines.

Dès 1933, Collin et Drouet, de Nancy, démontrent la participation de l'hypophyse dans certaines hyperthyroïdies, et obtiennent, au cours de maladies de Basedow, des résultats encourageants par la radiothérapie hypophysaire.

Tout récemment, Mahaux, agrégé de l'Université de Liège, reprend la question et estime catégoriquement que l'on ne rencontre pas de maladie de Basedow sans participation hypophysaire. « La guérison réelle correspond plus à une involution hypophysaire qu'à une involution thyroïdienne. »

Il n'est pas démontré, en réalité, que l'hypophyse joue un rôle tellement important dans la régulation neurovégétative. Il est, par contre, indéniable que la thyroïde, elle, agit sur le système sympathique.

B. — Rôle de l'ovaire

La sécrétion hypophysaire n'est pas la seule à exercer une influence sur la thyroïde. L'ovaire, lui aussi, possède une action particulièrement intéressante.

La clinique permet en effet de constater l'existence de relations étroites entre les deux glandes. Les périodes génitales de la vie féminine (puberté, menstruation, grossesse) sont caractérisées par une activation thyroïdienne avec tendance au développement d'une hyperplasie parenchymateuse. L'aménorrhée est de règle, d'autre part, au cours des grands syndromes thyroïdiens, chez les myxœdémateuses et les Basedowiennes.

Les faits thérapeutiques confirment ces notions : le traitement par l'extrait thyroïdien de certaines stérilités, de certains avortements à répétition avait déjà prouvé son efficacité avant que la physiopathologie des rapports thyréogonodiques soit connue. Et, inversement, certaines hyperthyroïdies ont été améliorées par des doses élevées de folliculine, alors qu'existaient des troubles digestifs intenses et un métabolisme basal très augmenté.

Mais une imprégnation élevée d'œstrogène agit-elle sur la thyroïde d'une manière directe ou par l'intermédiaire de modifications hypophysaires qu'elle peut déterminer ? Il est difficile de répondre dans l'état actuel des choses.

C. — Rôle du système neurovégétatif

Il n'est pas douteux, enfin, que le système vagosympathique soit en union étroite avec les endocrines. « La fonction de la thyroïde, écrit J. Bauer, est réglée par le système neurovégétatif. Les physiologistes avaient déjà prouvé l'influence des nerfs sympathique et parasympathique sur la décharge de l'hormone thyroïdienne. Les cliniciens ont enregistré de longue date des cas d'hyperthyroïdie développés après une émotion forte ou en connexion avec des crises psychiques. » Nous en citons nous-même un cas tout à fait curieux. Il est certain, d'autre part, que l'élément neurovégétatif se retrouve dans presque tous les tableaux digestifs. On peut donc logiquement se demander si l'appareil digestif ne réagit pas à la dysthyroïdie par l'inter-

médiaire du système neurovégétatif. Autrement dit, cholécystopathie, mégacôlon, dyspepsie ne sont-ils point, comme l'asthme, par exemple, la conséquence d'une prédisposition générale, soit vagotonique, soit sympathicotonique ?

La question, dans l'état actuel des choses, est difficile à résoudre. Leur interaction existe sans aucun doute, mais reste extrêmement complexe. Outre la prédisposition générale, il faut une prédisposition locale, situant l'accident sur tel organe plutôt que sur tel autre, du fait peut-être d'une épine irritative qu'il faut s'efforcer de rechercher et de traiter; il faut aussi une circonstance déclenchante que l'on ne retrouve pas toujours.

D. — Action directe de la thyroïde

Nous aurons terminé de passer en revue les diverses hypothèses pathogéniques lorsque nous aurons évoqué la possibilité d'une action directe de la thyroïde sur l'appareil digestif, et surtout sur la vésicule qui en est l'organe le plus fréquemment atteint.

Chez un nombre important de malades nous ne trouvons pas, en effet, de troubles ovariens d'hyper ou d'hypofolliculinie; le dysfonctionnement hypophysaire reste, d'autre part, fort difficile à affirmer; des traitement modificateurs du terrain neurovégétatif n'amènent enfin, parfois, aucune amélioration digestive.

Par contre, dans un certain nombre de cas, une thérapeutique thyroïdienne seule, mais bien fondée, qu'elle soit médicale ou chirurgicale, détermine une guérison digestive pratiquement simultanée et totale. Il semble donc qu'on ne puisse là invoquer un des intermédiaires précédemment cités. Donnons l'exemple le plus démonstratif, celui de M^me^ Marl... (observation VII), atteinte de maladie de Basedow et de cholécystopathie chronique, indemne de toute affection ou dérèglement ovarien. Une thyroïdectomie provoque une régression des troubles thyroïdiens en même

temps qu'une disparition d'emblée de tous les malaises digestifs.

Ces notions, sans doute, sont nouvelles et ne reposent encore que sur des bases fragiles. Sans vouloir généraliser, sans vouloir ôter à l'hypophyse, à l'ovaire ou au système neurovégétatif leur influence certaine sur l'appareil digestif, disons, en conclusion, qu'au cours des dysthyroïdies cette action mérite d'être invoquée. Il semble bien que, dans certains cas, les résultats obtenus soient les témoins de sa réalité.

LES CONSÉQUENCES PRATIQUES. LA THÉRAPEUTIQUE.

La connaissance des formes digestives de dysthyroïdie paraît intéressante au point de vue spéculatif, mais surtout pratique.

a) Théoriquement, elles sont l'équivalent, dans un autre appareil, des formes purement cardiaques, longuement étudiées et mieux connues, pour lesquelles la réalité de l'étiologie thyroïdienne s'appuie sur la recherche du métabolisme de base.

Les analogies sont nombreuses :

Il est classique, dans les cardiothyréoses, d'opposer, suivant la valeur ou le groupement des signes, des formes frustes où ne se rencontrent que le goitre et la tachycardie permanente et des formes graves, pour lesquelles une thérapeutique active est seule capable d'éviter l'issue fatale par la grande asystolie.

Ici comme là, même caractère rebelle, même irréductibilité aux traitements habituels.

Enfin, les résultats, malgré une mortalité opératoire qui n'est pas à négliger chez les cardiaques, sont dans l'ensemble, chez les uns et les autres, des plus encourageants.

b) C'est surtout d'un point de vue pratique que le dépistage de ces formes apparaît intéressant. Il n'est nullement question de rayer des médications qui ont fait leurs preuves. Le bismuth restera toujours le remède de l'ulcéreux; le colitique continuera à se bien trouver de l'emploi d'antispasmodiques. Mais ce n'est pas tant leur action qui soulage le malade. Dans bien des cas observés, l'amélioration se

produit lorsqu'il prend le lugol, la di-iodotyrosine ou l'aminothiazol; parfois même lorsqu'il les prend seuls.

Soulignons que chaque fois que le métabolisme basal ne s'écartait pas de la normale de plus de 30 p. 100, nous nous sommes contenté des traitements iodés habituels (lugol, di-iodotyrosine) et de l'hématoéthyroïdine. Dans trois cas seulement nous avons eu recours à l'abadol, devant l'action trop passagère des précédentes médications.

Tantôt la di-iodotyrosine a eu un effet remarquable, tantôt les malades furent énervées; plusieurs se plaignirent d'un goût d'iode désagréable; aucune ne vit ses douleurs gastriques accrues par elle.

Quant à l'hématoéthyroïdine, elle nous a donné des résultats plus inconstants, mais fut toujours bien tolérée. L'abadol, enfin, n'a donné lieu à aucun incident.

Bien entendu, le régime reste de rigueur, même pendant les bonnes périodes; s'ils sont des dysendocriniens, ces malades n'en demeurent pas moins des vésiculaires, des dyspeptiques ou des colitiques.

Ainsi, théoriquement et surtout pratiquement, ces notions apparaissent fécondes. Peut-être d'autres troubles digestifs seront un jour rattachés au dérèglement thyroïdien. En tout cas, les résultats obtenus donnent déjà le droit de penser que les médications thyroïdiennes ont acquis le droit de figurer en bonne place dans un certain nombre de syndromes digestifs.

CONCLUSIONS

Des formes mineures de dysthyroïdie sont susceptibles de créer, chez certains sujets, des dérèglements digestifs importants.

Leur diagnostic se montre habituellement délicat, car les symptômes les plus évidents sont absents. Il s'agit de malades qui se présentent essentiellement comme des digestifs, souvent, mais non toujours, des diarrhéiques; cette diarrhée nous paraissant plutôt due à un dysfonctionnement vésiculaire qu'à un trouble proprement intestinal. On retrouve, en effet, souvent tous les éléments des dyspepsies biliaires.

Les médications digestives habituelles restent inopérantes ou presque, même associées aux calmants neurovégétatifs que l'habitus et le comportement de ces malades conduisent à prescrire systématiquement.

Dans la majorité des cas, le métabolisme basal reste indispensable, permettant d'opposer ces dysthyroïdiens vrais aux para-basedowiens qui peuvent, eux aussi, présenter des troubles digestifs. Les modifications du métabolisme sont habituelles : assez minimes, plus souvent positives que négatives, quelquefois paradoxales en apparence. Aussi, en dernier ressort, c'est le résultat du traitement thyroïdien qui vient apporter la preuve de l'atteinte de cette glande. Cette médication agit sur les troubles digestifs, même lorsqu'elle est prescrite isolément : le traitement vésiculaire ou intestinal n'est cependant pas inutile.

Au point de vue pathogénique, il est difficile d'affirmer s'il s'agit d'une action directe de la thyroïde sur l'appareil digestif, et particulièrement sur la vésicule, ou d'une action

par l'intermédiaire du système neurovégétatif perturbé par cette glande. On peut même se demander, étant donnée la fréquence des troubles ovariens de type hyperfolliculinique, si l'ovaire n'intervient pas pour son propre compte. Enfin, dernière hypothèse, si ce n'est pas l'hypophyse qui est le *primum movens* de toutes ces perturbations : thyroïdiennes, ovariennes, neurovégétatives et, en dernier ressort, digestives.

Ces formes digestives doivent être rapprochées des formes cardiaques. Dans les deux cas, la précocité du diagnostic et du traitement a un rôle fondamental quant à l'évolution et au pronostic de la maladie.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen,*
R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
R. DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 18 Juin 1948.
Le Recteur,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

BERNT. — Contribution à l'étude des formes digestives de la maladie de Basedow. Thèse, Paris, 1939.

BŒNHEIM (G.). — Sur l'importance diagnostique et thérapeutique des glandes endocrines pour la pathologie gastrique.

BROUET-SAINTON (J.). — L'estomac des hyperthyroïdiens. Thèse, Paris, 1937.

CHÈNE et DUBARRY. — Les dyspepsies nerveuses. *Arch. mal. app. dig. et nutrition,* 2 février 1937.

CHIABRERA. — Action de la thyroïdine et de l'atropine sur la sécrétion gastrique.

CHIRAY et CHÈNE. — Les dyspepsies nerveuses. Masson édit., Paris, 1931.

CHIRAY, MOLLARD et MASCHAS. — Syndromes digestifs et pathologie neuro-hormonale. Maloine édit., Paris, 1944.

CONSTANTINI et BALLARIN. — Influence de la thyroïde sur la motilité intestinale. *Sperimental,* juin 1935.

DELORT. — La maladie de Basedow et l'hyperthyroïdie en pratique courante de gastro-entérologie. *Arch. hospit.,* 1937, n° 10.

DROUET. — Traitement médical de l'ulcère d'estomac par les injections d'extrait post-hypophysaire. *Arch. mal. app. dig. et nutrition,* décembre 1933.

ESCUDERO. — L'hypersécrétion gastrique d'origine hyperthyroïdienne. *Semana medica,* janvier 1926.

GROC (DE). — Valeur du métabolisme basal dans la maladie de Basedow. Thèse, Bordeaux, 1947.

GUTMAN (R. A.). — Les troubles gastriques de l'hyperthyroïdie. *Ann. de thérapie biologique,* 15 décembre 1932.

HILLEMAND et MÉZARD. — Quelques formes atypiques de la maladie de Basedow à symptomatologie digestive. *Pratique méd. franç.,* novembre 1930.

KATZ. — Sécrétion thyroïdienne déficiente en tant que facteur étiologique des ulcères gastro-duodénaux. *Medic. record,* 29 mai 1920.

LAMY. — Insuffisance thyroïdienne et mégacôlon. *X^e Congrès des Pédiatres français,* 1938.

MAHAUX. — Essai de physiopathologie thyréo-hypophysaire.

MARANON. — Hyperchlorhydrie et hyperthyroïdisme. *Rev. de méd.,* 1934.

PERO. — Crises diarrhéiques au cours de la maladie de Basedow. *Prensa med. argent.,* 1936.

QUAGLIA. — Les troubles gastriques des hyperthyroïdiens. *Méd. contemp.,* 1938, IV.

SYLLA. — Troubles de la sécrétion gastrique au cours de l'hyperthyroïdie. *Med. Klin.,* 1^er mai 1936.

THRUESDELL. — Effet de la thyroïde sur la sécrétion gastrique *Amer. journ. of physiol.,* 1926.

Bordeaux. — Imp. E. DROUILLARD, place de la Victoire, 3.